



**Universidad
Zaragoza**



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

**Plan de cuidados estandarizado dirigido a mujeres que han sufrido
un embarazo ectópico. Caso clínico en atención primaria.**

**Standardized care plan aimed at women who have suffered an
ectopic pregnancy. Clinical case in Primary Attention.**

Autora

SARA GARCÍA GARCÍA

Director

JOSÉ MANUEL GRANADA LÓPEZ

CURSO ACADÉMICO 2020/2021

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
METODOLOGÍA	9
DESARROLLO	12
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	12
PLAN DE CUIDADOS	14
VALORACIÓN	14
DIAGNÓSTICO	15
PLANIFICACIÓN	15
EJECUCIÓN	18
EVALUACIÓN	22
CONCLUSIÓN	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS	29
ANEXO I	29
ANEXO II	30
ANEXO III	31
ANEXO IV	32
ANEXO V	33
ANEXO VI	34
ANEXO VII	35
ANEXO VIII	36

RESUMEN

Un embarazo ectópico supone un fuerte impacto en el bienestar de la mujer, tanto a nivel físico como emocional. En muchas ocasiones, los profesionales se centran en tratar el problema de salud en sí, extirpando el embrión que se ha implantado fuera de la cavidad uterina o administrando fármacos, y se olvida dar importancia también al aspecto psicológico.

La mujer sufre una pérdida, se queda embarazada pero no puede llegar a conocer a su bebé con el que ha creado un vínculo fuerte desde el primer momento de la gestación, por lo que el sufrimiento afectivo que tiene es muy grande. Tiene que vivir un proceso de duelo, en el cual su bienestar se ve afectado por la preocupación, la tristeza, la culpa y el miedo que experimenta.

Las enfermeras deben poder dar atención a estas mujeres en su situación y ofrecerles soluciones que alivien sus sentimientos negativos.

Por esto, se ha llevado a cabo un plan de cuidados estandarizado para mujeres que han sufrido un embarazo ectópico, a partir de un caso clínico. Con el desarrollo de objetivos e intervenciones de enfermería se quiere conseguir que el personal de enfermería de Atención Primaria tenga herramientas para trabajar con este tipo de pacientes desde una perspectiva emocional, mejorando su bienestar general.

PALABRAS CLAVE:

"Embarazo ectópico", "Pérdida gestacional", "Aborto", "Impacto emocional", "Cuidados".

ABSTRACT

An ectopic pregnancy has a strong impact on the woman's well-being, both physically and emotionally. On many occasions, professionals focus on treating the health problem itself, removing the embryo that has implanted outside the uterine cavity or administering drugs, and forget to give importance to the psychological aspect as well.

The woman suffers a loss, becomes pregnant but cannot get to know her baby with whom she has created a strong bond from the first moment of gestation, so the emotional suffering she has is very great. She has to go through a grieving process, in which her well-being is affected by the worry, sadness, guilt and fear she experiences.

Nurses should be able to provide care to these women in their situation and offer solutions that alleviate their negative feelings.

For this reason, a standardized care plan has been developed for women who have suffered an ectopic pregnancy, based on a clinical case. The development of nursing objectives and interventions is intended to provide primary care nurses with tools to work with this type of patients from an emotional perspective, improving their general wellbeing.

KEY WORDS:

"Ectopic pregnancy", "Gestational loss", "Abortion", "Emotional impact", "Care".

INTRODUCCIÓN

Normalmente, la fecundación del óvulo por el espermatozoide se produce en la parte más externa de la Trompa de Falopio, permanece unos días en esta y posteriormente, cuando se encuentra en la fase de blastocito, emigra hacia el endometrio donde se produce la implantación y futuro desarrollo del embrión. Cuando este proceso no sucede así y la anidación del óvulo fecundado se produce fuera de la cavidad uterina, esto se conoce como embarazo ectópico (EE)¹.

El 98% de los embarazos ectópicos se localizan en las Trompas de Falopio siendo la ampular la más frecuente (70%), seguida de la ístmica (12%), de la fimbria (11%) y, por último, la intersticial (1,9%). Un embarazo ectópico también puede tener una localización extratubárica (2%), desarrollándose en la corteza ovárica, en el abdomen o en el cérvix¹ (*ANEXO I*). Por tanto, que sea ectópico no quiere decir que necesariamente sea extrauterino, sino que tiene más amplitud, ya que el embarazo cervical es intrauterino y ectópico².

Un embarazo ectópico es muy peligroso debido a que incrementa la mortalidad materna en un 10-15% de los casos³ y es la primera causa de mortalidad en el primer trimestre de embarazo¹. Su incidencia va en aumento; actualmente supone un 0,8 – 2 % de todos los embarazos³.

Los factores de riesgo que parecen estar relacionados con este incremento de la incidencia son: la utilización de técnicas de reproducción asistida; los tratamientos de esterilidad; algunos métodos anticonceptivos, entre los cuales hay que destacar el dispositivo intrauterino (DIU) y su creciente empleo³; y la mayor incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica, que es la causa más importante y frecuente de gestación ectópica (aumenta hasta 7 veces el riesgo)¹. Tras esta, la endometriosis es la segunda causa de EE.¹

Cirugía pélvica laparoscópica o laparotómica, síndrome de ovario poliquístico, malformaciones uterinas⁴, anomalías tubáricas que impidan el paso del cigoto, factores maternos³, hábito tabáquico, inductores de la ovulación... todos ellos son factores de riesgo y tienen en común que producen una lesión del epitelio tubárico o una interferencia en la motilidad de las trompas, lo que es la causa de gestación ectópica¹. (*ANEXO II*)

La clínica del EE suele ser la que aparece normalmente en un embarazo, retraso menstrual, metrorragias y dolor abdominal¹. El blastocito va creciendo sin dar síntomas graves, hasta que este crecimiento se detiene espontáneamente y se produce la reabsorción; pero si esto no ocurre así, se puede producir la rotura de la trompa debido al gran crecimiento del óvulo fecundado, dando lugar a una hemorragia intraabdominal grave que lleva a una emergencia quirúrgica⁵.

El diagnóstico se basa en datos clínicos, análisis de sangre (analítica general, hemograma y medición de la hormona coriónica humana) y orina (test de orina de gestación), todo esto combinado con ecografía pélvica^{1,6}.

Con la determinación de concentraciones bajas de gonadotropina coriónica y la ecografía, más del 85% de las mujeres son diagnosticadas antes de que llegue a producirse la rotura de la trompa⁷.

Debe hacerse además un diagnóstico diferencial, distinguiéndolo de otras patologías como: un aborto, una rotura de quiste folicular, una apendicitis, tumores ováricos, litiasis renal, etc¹. (*ANEXO III*)

Si este diagnóstico se produce de manera precoz, las opciones del tratamiento serán más conservadoras y menos invasivas; sin embargo, si el diagnóstico es tardío podría dar lugar a complicaciones que comprometan la vida de la paciente y necesiten intervenciones quirúrgicas más extensas⁸.

El tratamiento del embarazo ectópico varía desde médico a quirúrgico dependiendo de la evolución de cada paciente⁹. Últimamente, el tratamiento médico se usa mucho más frecuentemente que la cirugía¹⁰.

Siempre que sea posible, se debe intentar una terapéutica médica, ya que los resultados son mejores que con la cirugía, se producen menos riesgos y complicaciones, la paciente no necesita hospitalización y se conserva la fertilidad; es decir, es un tratamiento conservador. Este puede ser: manejo expectante (se basa en el hecho comprobado de que un gran número de embarazos ectópicos se reabsorben espontáneamente)^{10,11}, o terapia médica con fármacos que destruyen el trofoblasto ectópico. El medicamento usado más frecuentemente es el Metrotexato, que bloquea la producción de ADN y la proliferación celular¹.

El tratamiento quirúrgico puede realizarse extirpando la trompa en la que se encuentra el embrión ectópico (salpingectomía) o extirpando sólo el ectópico mediante una salpingostomía¹⁰.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el período perinatal abarca desde la semana 22 de gestación hasta los 28 días de vida del neonato. Sin embargo, en la práctica se utiliza el término pérdida perinatal de una manera más amplia y abarca abortos espontáneos e inducidos y embarazos ectópicos, entre otros¹².

La pérdida gestacional se considera una de las situaciones más impactante para la madre. Desde el primer momento del embarazo se crea un vínculo muy fuerte entre la mujer y su hijo¹², por lo que la muerte del embrión supone pasar por un proceso de elaboración de un duelo, el cual es una respuesta saludable ante una pérdida¹³.

Al igual que en cualquier otro tipo de pérdida, la mujer experimenta sentimientos de vacío, culpa, rabia, tristeza abrumadora, apatía, irritabilidad y miedo a futuros embarazos^{12, 13}.

Cuando una mujer recibe este diagnóstico, es tan inesperado que, al principio, puede ser incapaz de reaccionar o producirse una cascada de acontecimientos y emociones que los profesionales tienen que saber identificar y actuar ante ellos con empatía. La mejor manera de prestar ayuda a estas pacientes es reconocer su dolor, escuchar, orientar y apoyar en todo momento¹⁴.

Según un estudio de Prettyman et al. el 32% de las mujeres declaran tener síntomas de ansiedad y el 6% de depresión a los 3 meses de sufrir un aborto espontáneo (como un embarazo ectópico)¹⁵. Por tanto, la posibilidad de que haya un gran impacto emocional a largo plazo es grande y se ha demostrado el riesgo que tienen estas mujeres de morbilidad psicológica. Sin embargo, a lo largo de la historia esto ha sido muy ignorado¹⁶.

Otros autores como De la Rosa Várez et al. y González Fajardo afirman que el 20% de las mujeres sufren algún trastorno psicológico como ansiedad, depresión o estrés postraumático hasta un año después del fallecimiento del embrión^{12,13}, el cual es un porcentaje bastante relevante.

Pero, en muchas ocasiones, el impacto psicológico de una pérdida gestacional queda en un segundo plano y no se le da la importancia que tiene.

Por este motivo, se propone un Programa de Atención de Enfermería (PAE) a mujeres que han sufrido un embarazo ectópico en el que se identifican los problemas relacionados con el aspecto emocional y se plantean intervenciones de enfermería para realizar en la paciente con el objetivo de conseguir su bienestar psicológico mejorando, de esta manera, su estado físico y calidad de vida tras la situación de pérdida que ha experimentado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar un Programa de Atención de Enfermería estandarizado a partir de un caso clínico, desde atención primaria, dirigido a mujeres que han sufrido un embarazo ectópico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Dar importancia en el desarrollo del PAE al abordaje de las posibles repercusiones emocionales tras un embarazo ectópico.
- Proponer estrategias que permitan trabajar con la mujer que sufre ansiedad, depresión u otras emociones negativas posteriores a una gestación ectópica.
- Sensibilizar a enfermería del impacto psicológico que puede tener una mujer tras una pérdida gestacional.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica que aporta información actualizada sobre el tema que se trata, el embarazo ectópico. Para llevarla a cabo se han consultado diferentes bases de datos utilizando como palabras clave los siguientes términos en español e inglés: "Embarazo ectópico", "Pérdida gestacional", "Ectopic pregnancy", "Abortion", "Emotional impact", "Cuidados", "Diagnosis", "Tratamiento", "Treatment"; y operadores booleanos ("AND"). Esta revisión ha sido realizada entre febrero y abril de 2021.

Se han seleccionado artículos mediante criterios de inclusión como el límite temporal (menos de diez años de antigüedad), el idioma (español e inglés) y el acceso al texto completo. Además, se han descartado aquellos textos sin relevancia bibliográfica.

TABLA 1. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

BASE DATOS	PALABRAS CLAVE	SELECCIÓN	ARTÍCULOS		
			Encontrados	Revisados	Utilizados
Science Direct	"Embarazo ectópico"	Artículos de revisión	38	7	3
	"Pérdida gestacional"	2015 – 2021	602	40	1
PubMed	"Ectopic pregnancy" AND "Diagnosis"	Últimos 10 años	2816	16	2
	"Abortion" AND "Emotional impact"	2018 – 2021	59	8	1
Cuiden	"Embarazo ectópico"	Texto completo	5	5	1
	"Pérdida gestacional"	2018 – 2021	6	6	1
	"Pérdida gestacional" AND "Cuidados"	2019 – 2021	2	2	1

WOS	"Ectopic pregnancy" AND "Treatment"	Últimos 5 años	784	52	2
	"Embarazo ectópico" AND "Tratamiento"		1	1	1
Scielo	"Embarazo ectópico"	2013 – 2020	98	25	2

Fuente: elaboración propia.

Tras la revisión bibliográfica, se desarrolla el Plan de Cuidados de Enfermería a partir de un caso clínico real. Para poder llevarlo a cabo, se le da a la paciente, a partir de la cual se desarrollará el caso, una hoja de información (*ANEXO IV*) acerca del trabajo y el uso de su información clínica para que, posteriormente, dé su consentimiento firmado. (*ANEXO V*)

Para realizar el PAE, se realiza primero una valoración de enfermería mediante el modelo de Marjory Gordon¹⁷ (*ANEXO VI*). A partir de esta, se desarrollan los diagnósticos enfermeros y se planifican las intervenciones utilizando la taxonomía enfermera North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC). Para consultar los diagnósticos, con sus objetivos e intervenciones relacionados, se utiliza la herramienta NNNconsult¹⁸.






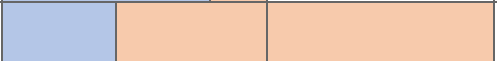
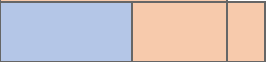

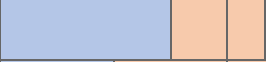
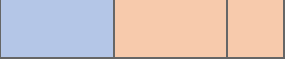
Para la valoración y evaluación del PAE se precisa del uso de dos escalas:

- "Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS)": esta escala es un instrumento exploratorio de fácil uso para la detección de trastornos de ansiedad y/o depresión, y se ha utilizado con bastante frecuencia en estudios epidemiológicos y en Atención Primaria. Consta de dos subescalas, una para la depresión y otra para la ansiedad. Cada una tiene 9 ítems de respuesta de sí o no y se estructura en 4 ítems que determinan si es probable o no que exista uno de estos trastornos, seguidos de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas afirmativas en las preguntas iniciales. La puntuación de las escalas es independiente; el punto de corte para la escala de ansiedad es de 4, mientras que para la de depresión es de 2^{19,20,21}.

- "Cuestionario de Oviedo del sueño": es una breve entrevista semiestructurada que se utiliza como instrumento para el diagnóstico de insomnio e hipersomnia. Está constituido por 15 ítems, de los cuales 13 se agrupan en tres escalas: satisfacción subjetiva de sueño formada por un 1 ítem, hipersomnia que consta de 3 ítems e insomnio con 9 ítems. La escala de insomnio aporta información también sobre la gravedad de este, cuya puntuación oscila entre 9 y 45 (a mayor puntuación, mayor gravedad)^{22,23,24}.

Por último, se refleja un Diagrama de Gantt en el que se muestra el proceso de elaboración del trabajo. Las casillas azules corresponden con lo planeado inicialmente y las rosas lo realizado finalmente.

TABLA 2. DIAGRAMA DE GANTT.

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Elección del tema				
Búsqueda bibliográfica				
Introducción				
Objetivos				
Metodología				
Desarrollo				
Conclusiones				
Bibliografía				
Resumen				
Índice				

Fuente: elaboración propia.

DESARROLLO

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

La paciente ha dado su consentimiento para que la información de su caso aparezca en este trabajo. (ANEXO V)

Paciente que acude a consulta de enfermería de Atención Primaria tras haber sufrido un embarazo ectópico.

La paciente tiene 31 años, está casada y tiene dos hijos: una niña de 7 años y un niño de 4. Tiene muy buena relación con ellos y con el resto de la familia (sus padres, tíos, hermana...) y se siente muy apoyada y cuidada por su marido. Trabaja de enfermera en el hospital Miguel Servet y en su tiempo libre le gusta pasar tiempo con su familia y amigos.

Debido al embarazo ectópico, la paciente se tuvo que someter a una salpingostomía y acude a la consulta para la cura de la herida y retirada de las grapas pero, realmente, lo que más necesita es hablar con alguien.

Tiene una expresión triste, apagada y parece desanimada, por lo que se le pregunta qué tal está llevando la situación. Se sorprende, ya que afirma que ningún profesional se había preocupado hasta entonces de cómo se siente y dice: "está siendo más duro de lo que me imaginaba, ya sé que tenía muy pocas semanas, pero para mí es una pérdida. Tengo un gran deseo de tener más hijos y esta situación me entristece mucho."

Además, la paciente cuenta que se siente incomprendida ya que, al tener otros dos hijos, "la gente se piensa que ya tengo suficiente y que para qué quiero más". Expresa que le encantaría ser madre de una familia numerosa y tener 1 ó 2 hijos más y que, después de esta situación, tiene miedo de que le vuelva a pasar lo mismo y no poder cumplir ese deseo que tiene desde joven.

Se le pregunta por su estado físico y manifiesta que se siente muy cansada. No consigue dormir bien y se despierta varias veces a lo largo de la noche. Se intenta indagar cuál puede ser la causa de este insomnio y se descubre en ella una gran preocupación, le da muchas vueltas a la cabeza, lo que le impide conciliar bien el sueño.

Tras una larga conversación con la paciente en la que se le invita en todo momento a manifestar sus sentimientos realizarle unos test: la "Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS)" y el "Cuestionario de Oviedo del sueño". En el primero la paciente ha obtenido una puntuación de 6 para la subescala de ansiedad y de 4 para la de depresión (*ANEXO VII*). En el cuestionario del sueño, obtiene una puntuación de 28 en la categoría de insomnio y de 8 en la de hipersomnia. (*ANEXO VIII*)

Antecedentes personales:

- Síndrome antifosfolípido
- Hipotiroidismo
- Fibromialgia
- Migraña crónica

Medicación:

- Adiro 100 mg
- Levotiroxina 75 mg

PLAN DE CUIDADOS

VALORACIÓN

Se utiliza el modelo de Marjory Gordon¹⁷ (*ANEXO VI*) formado por los 11 patrones funcionales para realizar la valoración inicial de la paciente que permitirá identificar y desarrollar los diagnósticos correspondientes.

TABLA 3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS 11 PATRONES FUNCIONALES

PATRONES FUNCIONALES	ALTERACIONES
PATRÓN 1 Percepción – manejo de la salud	Alterado. La paciente tiene sensación de mal estado general de salud y no es prioritario para ella.
PATRÓN 2 Nutricional - metabólico	Alterado. Debido a la angustia que siente, refiere tener un nudo en el estómago y falta de apetito que le impiden alimentarse con normalidad.
PATRÓN 3 Eliminación	No se encuentra alterado.
PATRÓN 4 Actividad – ejercicio	Alterado. Como no duerme adecuadamente, está muy cansada durante el día y tiene una tolerancia menor a la actividad, tanto de ocio como de ejercicio.
PATRÓN 5. Sueño – descanso	Alterado. Debido al impacto psicológico que produce la pérdida, la paciente tiene dificultad para conciliar el sueño. Además, no consigue tener un sueño reparador.
PATRÓN 6 Cognitivo – perceptivo	No se encuentra alterado.
PATRÓN 7 Autopercepción – autoconcepto	Alterado. La paciente experimenta la situación como un fracaso. Siente que va a ser incapaz de tener un hijo y se siente culpable de no poder cumplir su deseo y el de su pareja.
PATRÓN 8 Rol – relaciones	Alterado. La paciente ha sufrido recientemente una pérdida, por lo que está pasando por un proceso de duelo.
PATRÓN 9 Sexualidad – reproducción	Alterado. Es el problema de salud que tiene la paciente, la interrupción de la gestación.

PATRÓN 10 Adaptación – tolerancia al estrés	Alterado. Se ha producido una situación difícil en la vida de la paciente que no afronta adecuadamente. Carece de estrategias para ello. Aparece tristeza, ansiedad, miedo, preocupación y angustia.
PATRÓN 11 Valores – creencias	No se encuentra alterado.

Fuente: elaboración propia.

DIAGNÓSTICO

Tras realizar la valoración, se ven patrones que aparecen alterados, a partir de los cuales se realizan los diagnósticos de enfermería que se citan a continuación. Se utiliza la herramienta NNNconsult¹⁸ para consultarlos.

- [00136] Duelo r/c muerte de persona significativa m/p malestar psicológico, culpabilización y alteración en el patrón del sueño.
- [00120] Baja autoestima situacional r/c patrón de impotencia m/p verbalizaciones de negación de sí misma.
- [00069] Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional m/p incapacidad para manejar la situación y estrategias de afrontamiento ineficaces.
- [00198] Trastorno del patrón del sueño r/c patrón de sueño no reparador m/p dificultad para conciliar el sueño y no sentirse descansado.

PLANIFICACIÓN

Utilizando la taxonomía NANDA, se desarrollan los diagnósticos con los objetivos (NOC) y sus indicadores correspondientes. Además, se plantean las intervenciones (NIC) de cada uno que se ampliarán en el siguiente apartado.

1. [00136] Duelo r/c muerte de persona significativa m/p malestar psicológico, culpabilización y alteración en el patrón del sueño.

Definición: proceso complejo normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida¹⁸.

TABLA 4. NOC DEL DIAGNÓSTICO 1.

NOC	INDICADORES	NIVEL INICIAL	NIVEL ESPERADO
[1310] Resolución de la culpa	[131002] Identifica los sentimientos de culpa	1	5
	[131021] Resuelve los sentimientos de culpa	1	5
[1208] Nivel de depresión	[120801] Estado de ánimo deprimido	1	5
	[120814] Tristeza	1	5

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

TABLA 5. NIC DEL DIAGNÓSTICO 1.

NIC
[5290] Facilitar el duelo
[4920] Escucha activa

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

2. [00120] Baja autoestima situacional r/c patrón de impotencia m/p verbalizaciones de negación de sí misma.

Definición: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual¹⁸.

TABLA 6. NOC DEL DIAGNÓSTICO 2.

NOC	INDICADORES	NIVEL INICIAL	NIVEL ESPERADO
[1205] Autoestima	[120507] Comunicación abierta	1	5
	[120519] Sentimientos sobre su propia persona	1	5
[1309] Resiliencia personal	[130906] Muestra un estado de ánimo positivo	1	5
	[130903] Expresa emociones	1	5

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

TABLA 7. NIC DEL DIAGNÓSTICO 2.

NIC
[5400] Potenciación de la autoestima
[5330] Control del estado de ánimo

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

3. [00069] Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional m/p incapacidad para manejar la situación y estrategias de afrontamiento ineficaces.

Definición: Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar¹⁸.

TABLA 8. NOC DEL DIAGNÓSTICO 3.

NOC	INDICADORES	NIVEL INICIAL	NIVEL ESPERADO
[1302] Afrontamiento de problemas	[130205] Verbaliza aceptación de la situación	1	5
	[130218] Refiere aumento del bienestar psicológico	1	5
[1862] Conocimiento: manejo del estrés	[186212] Enfoques de resolución de problemas	1	5
	[186226] Pensamientos alternativos para sustituir los pensamientos negativos e irracionales	1	5

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

TABLA 9. NIC DEL DIAGNÓSTICO 3.

NIC
[5230] Mejorar el afrontamiento
[5820] Disminución de la ansiedad

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

4. [00198] Trastorno del patrón del sueño r/c patrón de sueño no reparador m/p dificultad para conciliar el sueño y no sentirse descansado.

Definición: Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado¹⁸.

TABLA 10. NOC DEL DIAGNÓSTICO 4.

NOC	INDICADORES	NIVEL INICIAL	NIVEL ESPERADO
[0004] Sueño	[404] Calidad del sueño	1	5
	[421] Dificultad para conciliar el sueño	1	5
[0007] Nivel de fatiga	[701] Agotamiento	1	5
	[707] Descenso de la motivación	1	5

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

TABLA 11. NIC DEL DIAGNÓSTICO 4.

NIC
[1850] Mejorar el sueño
[6040] Terapia de relajación

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

EJECUCIÓN

La ejecución es la parte más importante del PAE, ya que es dónde se desarrollan las intervenciones adecuadas para trabajar con la paciente.

Tras encontrar los diagnósticos en relación con los patrones funcionales alterados y marcar los objetivos que se desean cumplir, se plantean una serie de actividades para llevar a cabo dichos objetivos.

Estas actividades que se proponen serán llevadas a cabo por la enfermera referente en Atención Primaria.

Es necesario que la paciente acuda en varias ocasiones a la consulta de enfermería del Centro de Salud para ir, poco a poco, poniendo en práctica las intervenciones e ir mejorando los problemas detectados en ella.

La enfermera correspondiente llevará un seguimiento de la evolución de la mujer y trabajará con ella los aspectos emocionales derivados de su situación tras el embarazo ectópico.

1. [00136] Duelo r/c muerte de persona significativa m/p malestar psicológico, culpabilización y alteración en el patrón del sueño.

TABLA 12. NIC Y ACTIVIDADES DEL DIAGNÓSTICO 1.

NIC	ACTIVIDADES
[5290] Facilitar el duelo	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la paciente a identificar la naturaleza de apego a la persona que se ha perdido. • Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. • Escuchar las expresiones de duelo. • Realizar afirmaciones empáticas. • Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida. • Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de duelo. • Ayudar a la paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento.
[4920] Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar interés por la paciente. • Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. • Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresados y además atender al contenido de la conversación. • Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. • Estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz. • Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para mostrar que se comprende lo que la paciente trasmite. • Utilizar el silencio/escucha para animar a la paciente a expresarse.

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

2. [00120] Baja autoestima situacional r/c patrón de impotencia m/p verbalizaciones de negación de sí misma.

TABLA 13. NIC Y ACTIVIDADES DEL DIAGNÓSTICO 2.

NIC	ACTIVIDADES
<p>[5400] Potenciación de la autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. • Ayudar a la paciente a encontrar la autoaceptación. • Reafirmar sus puntos fuertes personales. • Animar a la paciente a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario. • Mostrar confianza en la capacidad de la paciente para controlar la situación. • Ayudar a la paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí misma. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. • Realizar afirmaciones positivas sobre la paciente.
<p>[5330] Control del estado de ánimo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas...) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. • Ayudar a la paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar un diario). • Ayudar a la paciente a identificar los pensamientos y sentimientos que le producen bajo estado de ánimo. • Ayudar a la paciente a expresar los sentimientos de una forma adecuada. • Animar a la paciente a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros. • Proporcionar entrenamiento en asertividad.

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

3. [00069] Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional m/p incapacidad para manejar la situación y estrategias de afrontamiento ineficaces.

TABLA 14. NIC Y ACTIVIDADES DEL DIAGNÓSTICO 3.

NIC	ACTIVIDADES
<p>[5230] Mejorar el afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el impacto de la situación de la paciente en los roles y las relaciones. • Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación. • Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. • Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. • Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre su situación estresante. • Estudiar con la paciente métodos anteriores en el manejo de problemas. • Presentar a la paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. • Instruir a la paciente en el uso de técnicas de relajación.
<p>[5820] Disminución de la ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. • Tratar de comprender la perspectiva de la paciente. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de la tensión.

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

4. [00198] Trastorno del patrón del sueño r/c patrón de sueño no reparador m/p dificultad para conciliar el sueño y no sentirse descansado.

TABLA 15. NIC Y ACTIVIDADES DEL DIAGNÓSTICO 4.

NIC	ACTIVIDADES
[1850] Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño de la paciente. • Comprobar el patrón de sueño y observar las circunstancias psicológicas (miedo, ansiedad) que interrumpen el sueño. • Animar a la paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a dormir. • Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.
[6040] Terapia de relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, respiración rítmica y relajación muscular progresiva). • Determinar si alguna intervención de relajación le ha resultado útil en el pasado. • Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación. • Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas. • Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

Fuente: elaboración propia utilizando NNNconsult.

EVALUACIÓN

La evaluación se realiza al finalizar las intervenciones, pero también debe ser continuada durante todo el programa para garantizar que los cuidados y actividades que estamos realizando con la paciente resulten efectivos y de calidad.

En los objetivos del PAE se observa que el nivel de los indicadores que se quiere alcanzar es de 5. Por tanto, hay que tener esto en cuenta a la hora de realizar dicha evaluación.

Se volverán a pasar a la paciente los dos test que se le han realizado en la valoración inicial: la "Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS)" y el "Cuestionario de Oviedo del sueño" y se evaluará la puntuación obtenida.

TABLA 16. EVALUACIÓN

ESCALA		PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL ESPERADA
GADS	Subescala de ansiedad	6	<4
	Subescala de depresión	4	<2
Cuestionario de Oviedo del sueño	Insomnio	28	9
	Hipersomnio	8	3

Fuente: elaboración propia.

En la entrevista de evaluación se espera que la paciente, gracias a las intervenciones realizadas, tenga menos problemas para conciliar el sueño, tarde menos en dormir y se sienta más descansada durante el día.

Expresar sus sentimientos, sentirse escuchada y comprendida y aprender nuevas estrategias de afrontamiento deberían hacer que la paciente consiga una puntuación menor en las escalas de ansiedad y depresión.

CONCLUSIÓN

Abordar el impacto psicológico que produce una pérdida gestacional debe ser primordial a la hora de trabajar con pacientes que han padecido un embarazo ectópico.

Como se ha visto en el desarrollo de este caso clínico, la mujer, tras saber que la gestación no puede llevarse a cabo, experimenta diferentes sentimientos negativos que afectan a su estado de salud y su bienestar, tanto físico como emocional.

Es necesario y muy importante que la paciente afronte la pérdida como cualquier otra, con un proceso de duelo, y que éste no se infravalore, sino que se trabaje adecuadamente para ir superándolo poco a poco.

Con este Programa de Atención de Enfermería se da visibilidad a las repercusiones emocionales que aparecen tras un embarazo ectópico y se pretende que las enfermeras sepan identificar estos problemas. Además, se plantean una serie de actividades para que las realicen con la paciente con el objetivo de reducir los efectos negativos.

Las intervenciones planteadas en el plan de cuidados ayudarán a la mujer a afrontar la situación y mejorarán su estado emocional, lo que influirá en su salud y calidad de vida.

Por último, se propone poner en práctica este plan de cuidados, hacerlo llegar a todos los centros de Atención Primaria que sea posible y, además, poder llevar a cabo una investigación más amplia sobre el tema que permita al personal sanitario tener más conocimientos sobre él para abordarlo de la mejor manera posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Luque PR, Bergal Mateo GJ, López Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen*. 2014 [citado 25 marzo 2021];40(4):211-217. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359314000100>
2. Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Borges Fernández R, Aguilar Delgado R, Olano Trujillo Y, Espinosa Fuentes ML. Comportamiento del embarazo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2013 [citado 27 marzo 2021];39(3):236-258. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300003
3. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Torres Chávez AO. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *Medisur*. 2013 [citado 25 marzo 2021];11(6):647-655 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600006
4. Pato Mosquera M, Castro Vilar L, Borrajo Hernández E, Araújo Fernández JE. Embarazo ectópico ovárico. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2013 [citado 27 marzo 2021];56(5):266-269. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304501312002798>
5. Moltó Boluda AM, Casaucao Saavedra E, Núñez García A, Catalina Herrera MM, Salas Sosa C. Protocolo de actuación de enfermería en embarazo ectópico. *Hygia de enfermería*. 2006 [citado 30 marzo 2021];13(64):22-25. Disponible en: http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/extendida.php?cdid=733085_1
6. Brady PC. New evidence to guide ectopic pregnancy Diagnosis and management. *Obstetrical and gynecological survey*. 2017 [citado 25 marzo 2021];72(10):618-625. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29059454/>

7. Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology and risk factors. Clinical obstetrics and gynecology. 2012 [citado 30 marzo 2021];55(2):376-386. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22510618/>
8. Kumari V, Kumar H, Datta MR. The importance of ectopic mindedness: scar ectopic pregnancy, a diagnostic dilemma. Cureus. 2021 [citado 27 marzo 2021];13(2). Disponible en: http://apps.webofknowledge.com.cuarzo.unizar.es:9090/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=C52EHt5joRwLX8rY3ld&page=1&doc=1&cacheurlFromRightClick=no
9. Atamari Anahui N, Paucar Tito L, Ccorahua Ríos MS, Morales Concha L, Girón López LE. Revista del cuerpo médico HNAAA. 2020 [citado 28 marzo 2021];13(3):315-318. Disponible en: http://apps.webofknowledge.com.cuarzo.unizar.es:9090/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=5&SID=C52EHt5joRwLX8rY3ld&page=1&doc=1&cacheurlFromRightClick=no
10. Ruiz Velasco V. Manejo actual del embarazo ectópico en la paciente estéril y en la que se desea conservar su fertilidad futura. Progresos de obstetricia y ginecología. 2010 [citado 28 marzo 2021];53(9):351-363. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304501310002645>
11. Nedopekina E, Escura S, Cobo T, Hansson SR, Martinez JM, Figueras F, López M. Conservative treatment in non-tubal ectopic pregnancy and predictors of treatment failure. European journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology. 2021 [citado 30 marzo 2021]; 257:6-10. Disponible en: http://apps.webofknowledge.com.cuarzo.unizar.es:9090/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=7&SID=C52EHt5joRwLX8rY3ld&page=1&doc=1
12. De la Rosa Várez Z, Arrabal Delgado RB, Rivas Castillo MT. Mejorando los cuidados en la pérdida gestacional. Paraninfo digital. 2019 [citado 30 marzo 2021]; 13(29): 1-3. Disponible en: http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/extendida.php?cdid=712098_1

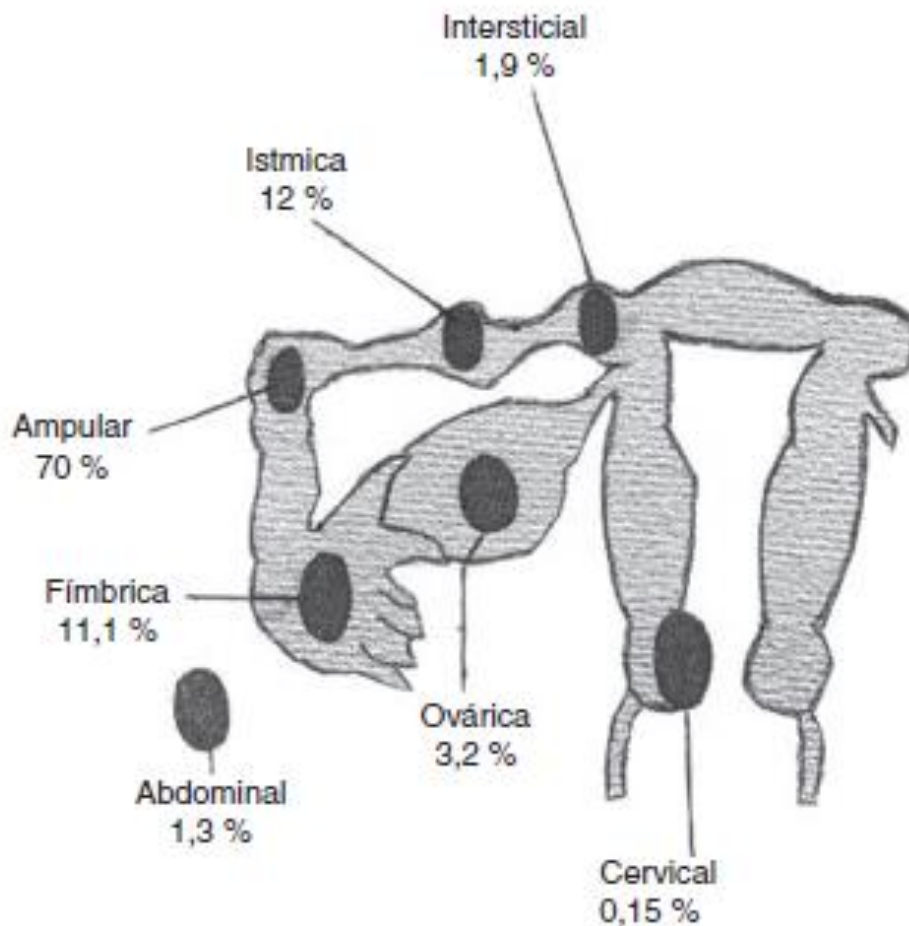
13. González Fajardo AM. De la desilusión a la esperanza: superando una pérdida gestacional temprana. Archivos de la memoria. 2018 [citado 27 marzo 2021];15. Disponible en: http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/extendida.php?cdid=706722_1
14. Serrano Diana C, López del Cerro E, Castillo Cañadas AM, Gómez García MT, Amezcua Recover AN, González de Merlo G. Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. Progresos de obstetricia y ginecología. 2015 [citado 25 marzo 2021];58(8):368-372. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304501315000953>
15. Prettyman RJ, Cordle CJ, Cook GD. A three month follow up of psychological morbidity after early miscarriage. British journal of medical Psychology. 1993 [citado 25 marzo 2021];66(Pt4):363-372. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8123604/>
16. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalmbrant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. Human reproduction update. 2018 [citado 28 marzo 2021];24(6):731-749. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30204882/>
17. Patronos Funcionales Marjory Gordon. Enfermería creativa [citado 31 marzo 2021]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/galeria/11-patrones-funcionales/>
18. NNNconsult. Barcelona: Elsevier [citado 31 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
19. Balanza Galindo S, Morales Moreno I, Guerrero Muñoz J. Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. Clínica y Salud. 2009 [citado 26 marzo 2021];20(2):177-187. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200006
20. Martín Carbonell M. Valor diagnóstico de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. Universitas Psychologica. 2016 [citado 26 marzo 2021];15(1):15-29. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672016000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es

21. Goldberg y cols. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Versión española GZEMPP. 1993 [citado 26 marzo 2021]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/goldberg-depresion.pdf>
22. Bobes García J, González G-Portilla MP, Sáiz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Alvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedad psicométricas del cuestionario Oviedo de Sueño. Psicothema. 2000 [citado 28 marzo 2021];12(1):107-112. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=260>
- Martínez Guerrero JM, Correa Rodríguez M, Gutiérrez Romero JA. Satisfacción subjetiva del sueño, insomnio y empleo de ayuda para dormir en la población anciana. Nure investigación. 2014 [citado 28 marzo 2021]; 11(73). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/74>
24. Cuestionario de Oviedo del sueño. Andalucía; 2021 [citado 28 marzo 2021]. Disponible en: https://hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_oviedo_del_sueno.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Esta imagen muestra la localización anatómica con su respectiva distribución porcentual del embarazo ectópico.



Fuente: López Luque PR, Bergal Mateo GJ, López Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen*. 2014 [citado 8 marzo 2021];40(4):211-217. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359314000100>

ANEXO II

Etiología del embarazo ectópico:

- Enfermedad inflamatoria pélvica: afecta al 11% de las mujeres que están en edad fértil. Es la causa más frecuente de embarazo ectópico. El germen que más predomina es la Chlamydia Trachomatis.
- Cirugía tubárica previa: eleva en un 5 – 20 % el riesgo de padecer gestación ectópica.
- Hábito tabáquico: dificulta la motilidad de la trompa de Falopio.
- Endometriosis: es la segunda causa más importante de EE, tras la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Inductores de la ovulación: produce un efecto similar al tabaco, es decir, dificulta la motilidad de la pared y los cilios de la trompa.
- Fecundación asistida: aumenta el riesgo de EE debido a los altos niveles de estrógenos que se administran a las mujeres o por el paso de embriones transferidos hacia el interior del útero.

Fuente: López Luque PR, Bergal Mateo GJ, López Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. Semergen. 2014 [citado 8 marzo 2021];40(4):211-217. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359314000100>

ANEXO III

La siguiente tabla muestra las patologías con las que se debe realizar un diagnóstico diferencial del embarazo ectópico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL EMBARAZO ECTÓPICO	
Aborto	Ovario residual
Rotura de quiste folicular	Coledocolitiasis
Anexitis	Litiasis renal
Apendicitis	Tumor ovárico con pedículo torcido
Tumores ováricos	Hidrosalpinx
Miomas pediculares	Pancreatitis

Fuente: López Luque PR, Bergal Mateo GJ, López Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen*. 2014 [citado 8 marzo 2021];40(4):211-217. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359314000100>

ANEXO IV

Para explicar a la paciente en qué consistía el trabajo en el que se le pedía que participara y diera su consentimiento para realizar el plan de cuidados a partir de su caso clínico, se le da primero una hoja de información y se le anima a que pregunte cualquier duda que le surja. La hoja es la siguiente:

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJO

Me dirijo a usted para informarle sobre un trabajo de Fin de Grado de enfermería en el que deseo que participe.

Mi intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar. Para ello lea esta hoja informativa con atención y se le aclararán las dudas que le puedan surgir.

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

Me comprometo al cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y al Real Decreto que la desarrolla (RD 1720/2007). Por lo tanto, su identidad no será revelada. En el trabajo Fin de Grado solo constará la información sobre su caso clínico que usted acepta dar a conocer para su desarrollo.

Este trabajo consiste en un Plan de Cuidados de enfermería en el que, a partir de su caso clínico, se identificarán unos diagnósticos enfermeros y se desarrollarán unas intervenciones para trabajar estos y mejorarlos. Gracias a esto, este plan de cuidados se podrá estandarizar y llevarlo a cabo con otras pacientes que sufran lo mismo que usted.

El uso de sus datos sobre el caso será exclusivamente para el desarrollo de este plan de cuidados y no serán usados en ningún otro momento.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO V

Se añade a continuación el consentimiento firmado por la paciente.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Trabajo: Trabajo fin de grado de enfermería. Plan de cuidados.

Yo,  con DNI 

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el trabajo y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con Sara García García (autora del Trabajo Fin de Grado).
Comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto libremente mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

He explicado la naturaleza y el propósito del trabajo al paciente mencionado

Firma del autor:

SARA GARCIA GARCIA


Firma del participante:



ANEXO VI

Imagen que muestra en qué consisten los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, a partir de los cuales se realiza la valoración de enfermería.

11 Patrones Funcionales Marjory Gordon
@Creative_Nurse

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

Por lo tanto, de la valoración de los patrones obtenemos datos relevantes de la persona (FÍSICOS, PSÍQUICOS, SOCIALES, DEL ENTORNO).

La valoración se realiza mediante la recogida de DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS, la REVISIÓN de la HISTORIA CLÍNICA u otros informes.

EVITAR: connotaciones morales (bueno-malo), hacer suposiciones, interpretar subjetivamente.

	QUE VALORA	COMO SE VALORA	RESULTADO DEL PATRON
Patrón 1 Percepción-Manejo de Salud	Como percibe el individuo la salud y bienestar y como maneja la relación a la salud (mantenimiento o recuperación)	Hábitos higiénicos Vacunas Alergias Conductas Saludables Existencia o no de hábitos tóxicos Accidentes o ingresos hospitalarios	Esta alterado cuando: La persona considera que su salud es pobre, regular o mala Bebe en exceso, fuma o consume drogas No está vacunado Higiene descuidada
Patrón 2 Nutricional-Metabólico	Determinar el consumo de alimentos y líquidos en relación a sus necesidades metabólicas Problemas de ingesta Altura, peso y temperatura Estado piel y mucosas	Valoración IMC Valoración alimentación Alergias e intolerancias Reconocer si de comidas, tipo, hora, dieta... Alteraciones de la piel: vómitos y pelo frágil, deshidratación, lesiones...	Esta alterado cuando: Alteraciones en IMC Desequilibrio nutricional Problemas bucales Desequilibrio o Sordera de alimentación Problemas digestivos
Patrón 3 Eliminación	Describe las funciones excretoras intestinales, urinaria y de la piel.	Intestinal: Constancia, frecuencia, dolor, presencia de sangre u otros, incontinencia Urinaria: Micción, características y problemas de la micción, incontinencias (síntomas de vejiga y pelvis)... Cutánea: Sudor excesivo	Esta alterado cuando: Extrínsecas: incontinencia, flatulencia, diarrea, sistemas de ayuda, retención, disuria, náusea, etc. Sudoración excesiva
Patrón 4 Actividad-Ejercicio	Describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios Costumbres de ocio y recreo	Valorar: Estado cardiovascular Estado respiratorio Tolerancia a la actividad Actividades cotidianas Estilo de vida Ocio y actividades	Esta alterado cuando: Existen problemas circulatorios, respiratorios, cansancio excesivo, deficiencias motoras, capacidad funcional alterada (Katz o Barthel)...
Patrón 5 Sueño- Descanso	Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.	Tiempo dedicado y condiciones del lugar Exigencias laborales Uso de fármacos para dormir Consumo de sustancias estimulantes Ronquidos o apnea...	Esta alterado cuando: Uso ayuda farmacológica Verbaliza dificultad para conciliar el sueño Confusión y cansancio en relación con falta de descanso Conducta irritable
Patrón 6 Cognitivo-Perceptivo	Describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Adecuación de los órganos de los sentidos. Toma de decisiones, memoria y lenguaje.	Nivel de consciencia Si puede leer y escribir Alteraciones cognitivas Alteraciones perceptivas Expresa y localiza dolor Alteraciones en la conducta	Esta alterado cuando: No está consciente ni orientado Deficiencia de los sentidos Dificultad en la comprensión Presencia de delirio Problemas en memoria, expresión de ideas...
Patrón 7 Autopercepción-Autoconcepto	Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Imagen Corporal, identidad y sentido general de valía Patrones emocional, postura y movimiento, de voz...	Valorar: Problemas con uno mismo Problemas de autoimagen Problemas conductuales Datos de imagen: postura, patrón de voz, estado de ánimo, pasividad, nerviosismo...	Esta alterado cuando: Verbalización autoconceptiva Existe problema con imagen corporal Miedo y rechazo al propio cuerpo Existen problemas conductuales
Patrón 8 Rol-Relaciones	Compromisos de rol y relaciones, percepción de rol, responsabilidad de la situación actual. Satisfacción en: familia, trabajo, relaciones sociales	Valorar: Familia Apoyo familiar Grupo social Trabajo o escuela	Esta alterado cuando: Presenta problemas en las relaciones sociales Se siente solo Refiere carencia afectiva Conductas inefectivas de duelo Violencia doméstica, abuso...
Patrón 9 Sexualidad-Reproducción	Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.	Valorar: Menstruación y ciclo menstrual Menopausia Métodos anticonceptivos Embarazos, abortos... Problemas o cambios en las relaciones sexuales	Esta alterado cuando: Refiere preocupación y/o insatisfacción por su sexualidad Problemas en etapa reproductiva Relaciones de riesgo
Patrón 10 Adaptación-Tolerancia al estrés	Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés.	Valorar: Situaciones estresantes sufridas Si está tóxico o relajado la mayor parte del tiempo Si cuenta sus problemas a alguien cercano...	Esta alterado cuando: Refiere sensación subjetiva de estrés y no dispone de herramientas Cambios o situaciones difíciles que no afronta Recurre al uso de drogas, alcohol o medicamentos
Patrón 11 Valores-Creencias	Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo.	Valorar: Posee planes de futuro Satisfacción en la vida Religión Preocupaciones relacionadas con la vida, muerte, dolor...	Esta alterado cuando: Existe conflicto de creencias Problemas en prácticas religiosas Existe conflicto por el sentido de la vida...

Fuente: Patrones Funcionales Marjory Gordon. Enfermería creativa [citado 3 marzo 2021]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/galeria/11-patrones-funcionales/>

ANEXO VII

Se pasa a la paciente la escala de depresión y ansiedad de Goldberg para que la cumplimente. Se muestra su respuesta en la siguiente imagen:

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

A

26

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998,
versión española GZEMPP, 1993)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? **SI**
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? **SI**
3. ¿Se ha sentido muy irritable? **SI**
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando) **NO**
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? **SI**
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? **NO**
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos) **NO**
8. ¿Ha estado preocupado por su salud? **SI**
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? **SI**

TOTAL ANSIEDAD: > 4 **6**

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía? **SI**
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas? **NO**
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? **SI**
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar) **SI**
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) **NO**
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? **NO**
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido? **NO**
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? **SI**

TOTAL DEPRESIÓN: > 3 **4**

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

Fuente: Goldberg y cols. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Versión española GZEMPP. 1993 [citado 17 marzo 2021]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/goldberg-depresion.pdf>

ANEXO VIII

Se le da a la paciente el Cuestionario de Oviedo del sueño para que lo rellene. Su respuesta aparece en las siguientes imágenes:



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Población diana: Población general con trastornos depresivos. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Cuestionario de Oviedo del Sueño

Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecho insatisfecho
2	Bastante satisfecho insatisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos
5	más de 60 minutos



4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
<input checked="" type="radio"/> 3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- ☒ d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
<input checked="" type="radio"/> 2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? _____ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

<input checked="" type="radio"/> 1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
<input checked="" type="radio"/> 4	4-5 días/semana
5	6-7 días/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
<input checked="" type="radio"/> 2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 días/semana

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido periodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento solcio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)? (Información clínica)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica)

a	Ningún día
b	1-2 días/semana
c	3 días/semana
d	4-5 días/semana
e	6-7 día/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORIAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	3
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	28
Hipersomnio	Ítems 2-5, 8, 9	8
PUNTUACIÓN TOTAL		39

Bibliografía

- Bobes García J, González G.-Portilla MP, Saíz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema* 2000;12(1):107-12.

Fuente: Cuestionario de Oviedo del sueño. Andalucía; 2021 [citado 16 marzo 2021]. Disponible en:

https://hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_oviedo_del_sueno.pdf